

**VERIFICACION DE INFORMACION DEL CONCENTIMIENTO
(VERIFICATION CONCENT FORM)**

Este documento esta preparado en base a las respuestas que dio el paciente.
Este documento NO es usado para la administración de sangre o productos sanguíneos, ordenes de resucitación, exámenes de HIV, ordenes de transferencia del paciente a otro centro medico o donación anatómica.

Nombre del Paciente: _____

Medico/LIP: _____

Procedimiento/Tratamiento: _____

Por favor conteste las siguientes preguntas:

1. Si No Mi doctor me ha explicado la naturaleza de mi enfermedad o la condición a mi satisfacción.

2. Si No Mi doctor me ha explicado que es lo que el/ella piensa hacer durante este procedimiento/tratamiento, y yo estoy satisfecho con la explicación.

3. Si No Yo he hecho todas las preguntas que tenia en este momento y han sido respondidas ha mi satisfacción.

Yo _____SI _____NO creo haber tenido suficiente información acerca de este procedimiento/tratamiento, Yo estoy por someterme y por consiguiente _____SI _____NO doy mi consentimiento.

Firma del Paciente: _____

Fecha y Hora: _____

Si es aplicable, Firma del Sustituto que tomo la Decisión: _____

Relación o Parentesco con el Paciente: _____

Fecha y Hora: _____

Firma del Testigo: _____

Fecha y Hora: _____

Si marco NO en cualquier pregunta mencionada antes de la línea donde usted tiene que firmar, documente que el Doctor/LIP fue notificado:

Medico/LIP Notificado por: _____ Fecha/Hora: _____

NOTA: El procedimiento no se puede llevar a cabo hasta que el Medico/LIP y el Paciente/Sustituto hallan discutido el procedimiento y una segunda Forma de Verificación halla sido preparada.

**CONSENT VERIFICATION
(SPANISH)**

Tab: Report of Operation
Page 1 of 1 Inventory#: 11
Revision Date:



CS0020